

Fragebogen zur Erst-/Überweisung an die kindergastroenterologische Sprechstunde von Fr. Dr. C. Graßhof

Patient:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon der Eltern: _____

E-mail der Eltern: _____

Praxisstempel

Ansprechpartner: _____

Fax-Nummer: _____

Symptome/Verdachtsdiagnose:

Beginn der Beschwerden:

Im Falle von rezidivierenden Bauchschmerzen:

Warnsymptome: ja nein

Wenn ja, welche:

Bisherige Diagnostik:

Laboruntersuchung:	normal	auffällig
Blutbild, Diff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOT, GPT, GGT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreatinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgA, Transglutaminase-IgA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSH, fT4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tesafilm-Abklatschpräparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen-Sonografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Externe Vorbefunde, z.B. Arztbriefe:

vorhanden

nicht vorhanden

Bereits erfolgte Therapie:

Stuhlregulierende Therapie
welches Präparat?

ja

nein

Laktosefreie Diät

ja

nein

Fruktosereduktion

ja

nein

PPI

ja

nein

welches Präparat?

andere...

Medizinische Dringlichkeit:

regulär

zeitnah

dringend

Anmeldung per Fax unter 0731 790 60 289

Wichtige Vorbefunde bitte anfügen

Die Terminvergabe erfolgt anhand dieser Daten direkt mit den Eltern.

Mitteilung des Termins an Praxis gewünscht?

ja

nein

Herzlichen Dank!